



طَلَبُ الْقِيَامِ بِالْأَوَّلِ فِي

ادارة القبول والتسجيل



اسم الطالب	الاسم الأول	اسم الأب	اسم الجد	اسم العائلة

NAME	FIRST	FATHER	GRAND FATHER	FAMLIY

[illegible][illegible]

النوع: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى	الحالة الاجتماعية: <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> أخرى <input type="checkbox"/>
---	--

تاريخ الميلاد:	مكان الميلاد:	المحافظة:
الجنسية:	الوظيفة:	

آخر مؤهل علمي:	السنة :
مصدر الحصول عليه:	التقدير:

التزكية العلمية :	<input type="checkbox"/> يوجد	<input type="checkbox"/> لا يوجد	سنة الحصول عليها:
مصدر الحصول عليها:			

عنوان المراسلة:	
هاتف:	جوال:
البريد الإلكتروني:	

اسم من يمكن الاتصال به عند الضرورة:	
هاتف:	جوال:

أقرأنا الموقع أدناه بأن المعلومات التي وردت في هذا الطلب صحيحة وأنها مطابقة للحقيقة، وأني أرغب في الالتحاق بالدورات العلمية ومقرراتها المخصصة لكل مرحلة في أكاديمية العقيدة المصرية.

التوقيع:

الاسم:



بصمة الأصبع الإبهام من الكف الأيمن:

المرحلة التي أرغب في الالتحاق بها: تزكية شرفية ليسانس دبلومة عليا ماجستير دكتوراه

اداره اقبول و تسجیل